ISSN 1188-4169

Relevé des maladies transmissibles au Canada

Vol . 21-4 Date de publication : 28 février 1995

Contenu du présent numéro : *(nombres de pages: 7)*

		Pagination officielle :
CCMTMV — DÉCLARATION RELATIVE À L'IMMUNISATION DES VOYAGEURS CONTRE LE MÉNINGOCOQUE	F-1	25 – 29
CHIMIOPROPHYLAXIE À L'ISONIAZIDE POUR LES CO-INFECTIONS PAR LE VIH ET LE BACILLE TUBERCULEUX : LEÇON DE PRUDENCE	F-4	29 – 32, 35
SURVEILLANCE DES MALADIES RESPIRATOIRES	F-6	35 – 36
SOMMAIRE DES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE	F-7	33 – 34

Les références doivent renvoyer aux numéros de page de la copie imprimée et non à ceux de la copie communiquée par télécopieur.

Comité consultatif de la médecine tropicale et de la médecine des voyages (CCMTMV)

DÉCLARATION RELATIVE À L'IMMUNISATION DES VOYAGEURS CONTRE LE MÉNINGOCOQUE

Les méningococcies sont des infections graves dont le taux de létalité s'établit à 15 % ou plus. Des cas sporadiques sont signalés dans le monde entier et des épidémies localisées peuvent survenir. Le méningocoque se transmet par voie aérienne. Dans certaines régions du monde, l'activité méningococcique suit des cycles établis et, durant ces périodes, les voyageurs ou les Canadiens travaillant à l'étranger courent le risque d'être infectés.

Il peut être très difficile de prévoir le risque d'exposition même dans les zones géographiques où l'on sait que le méningocoque est actif, parce que les taux de transmission varient. Ainsi, l'endroit où s'est produite l'exposition et la durée de celle-ci ne sont pas les seuls facteurs à considérer. Les conditions climatiques, qui peuvent varier d'une année à l'autre, influent de façon marquée sur le degré de risque. Le type d'exposition, joue également un rôle important, notamment le fait de vivre dans un endroit surpeuplé, d'avoir des contacts étroits ou de résider dans un établissement dans une région endémique. Il faut en outre considérer l'état de santé du voyageur au moment de l'exposition. L'âge constitue un important facteur de risque de maladie. Au nombre des cas récents signalés au Canada, 29,1 % sont survenus chez des nourrissons de moins de 2 ans, 42,4 % chez des enfants de 2 à 19 ans et 28,6 % chez des personnes de plus de 19 ans (LLCM, données inédites). Les rapports font état de données similaires pour les États-Unis[1]. Parmi les autres facteurs déterminants, citons la splénectomie et la fonction immunitaire.

Membres : D[r] S. Dumas; D[r] G. Horsman (CCE); D[r] J.S. Keystone; D[r] D. Lawee; D[r] J.D. MacLean; D[r] D.W. MacPherson (président); D[r] J. Robert; D[r] R. Saginur; D[r] D. Scheifele (CCNI); M[me] R. Wilson (CUSO).

Membres d'office : D[r] P. Percheson (DGPS); D[r] E. Gadd (DGPS); D[r] S. Mohanna (DGSM); D[r] R. Nowak (MDN); D[r] M. Tipple (CDC); D[r] C.W.L. Jeanes (secrétaire); D[r] J.S. Spika (LLCM); M[me] S. Ladouceur (agente de secrétariat du Comité consultatif); D[r] J. Losos (LLCM); M[me] S. Herman (secrétaire).

DÉCLARATION 1
Épidémiologie de l'infection à méningocoque dans les pays en développement

Les données épidémiologiques sur la situation dans les pays en développement où le méningocoque est actif indiquent que ce sont les enfants qui sont le plus fortement exposés à la maladie et que le taux d'incidence est le plus élevé chez les moins de 2 ans. Les données révèlent de plus que les adultes courent un risque appréciable.

Recommandation

Catégorie A (preuves suffisantes pour étayer la déclaration) (pour avoir une explication de ce qu'on entend par la médecine fondée sur les preuves, le lecteur est prié de se reporter au RMTC 1994;20:145-47[2].)

Classe III (données provenant d'études descriptives)

Les régions de l'Afrique subsaharienne font partie des zones où la méningite à méningocoque a toujours été **endémique** [voir carte 1 et la liste des pays à la fin de la présente déclaration (données inédites de l'OMS)]. Dans ces régions, la maladie est saisonnière, et l'incidence peut grandement dépasser celle observée dans d'autres régions du monde.

Santé Canada Health Canada

Canada

Outre les régions connues pour leur activité méningococcique, les zones où le méningocoque est apparu récemment sont indiquées dans des mises à jour fréquentes publiées par le Laboratoire de lutte contre la maladie de Santé Canada; il convient d'utiliser ces données pour déterminer si une vaccination est nécessaire. Avant de recommander l'immunisation contre l'infection à méningocoque, le clinicien doit évaluer judicieusement les risques pour le voyageur à l'étranger et tenir compte de l'exposition géographique possible, de l'état de santé de la personne et des activités prévues.

Les vaccins antiméningococciques polysaccharidiques autorisés au Canada sont sûrs, immunogènes et contiennent les sérogroupes A et C, qui sont les plus fréquemment associés aux épidémies de méningococcie. On devrait songer à immuniser les personnes «à risque» qui se trouvent, ou se rendront, dans une zone où le taux d'incidence de l'infection causée par l'un des sérogroupes inclus dans le vaccin est élevé.

DÉCLARATION 2
Réponse immunitaire aux vaccins contre le méningocoque selon l'âge

Chez les enfants de 3 à 5 mois, l'immunogénicité contre le polysaccharide du groupe A est faible 3 mois après l'administration de deux doses du vaccin monovalent : le taux d'anticorps sériques dirigés contre le polysaccharide du groupe A s'élève à moins de 2 µg/mL (36 %) et à 1 µg/mL (60 %)[3,4]. De même, chez les enfants qui ont reçu à l'âge de 3, 7 et 12 mois le vaccin du groupe A ou C, les concentrations d'anticorps chutent rapidement entre l'âge de 13 et 24 mois. Dans le cas des anticorps du groupe C, la baisse observée est plus spectaculaire[4,5].

Dans un rapport plus récent faisant suite au programme de vaccination mis en oeuvre à Ottawa, on a mesuré les taux d'anticorps chez 50 enfants de 6 à 12 mois. Un mois après l'immunisation, la réponse immunitaire au vaccin du groupe A était très faible : 0,13 µg/mL (avant) et 1,58 µg/mL (après). Les chercheurs ont en outre fait état d'une piètre corrélation entre l'activité bactéricide et les taux d'anticorps contre le méningocoque du groupe C chez les très jeunes enfants[5,6].

Recommandation

Catégorie A (preuves suffisantes pour étayer la déclaration)

Classe II (données provenant d'études de cohortes)

DÉCLARATION 3
Efficacité du vaccin

L'efficacité du vaccin contre le méningocoque du groupe A diminue rapidement chez les enfants qui ont reçu une seule dose avant l'âge de 4 ans (1 an, 2 ans et 3 ans après la vaccination, l'efficacité du vaccin est de 100 %, 52 % et 8 %, respectivement). Des études ont montré que la réponse immunitaire au polysaccharide A était également faible un an après l'administration du vaccin quadrivalent à des enfants de 2 à 8 ans[4,6,7].

Recommandation

Catégorie A (preuves suffisantes pour étayer la déclaration)

Classe II (données provenant d'une étude cas-témoins)

DÉCLARATION 4
Âge recommandé pour la primo-vaccination contre le méningocoque et doses de rappel nécessaires

Afin de déterminer la nécessité d'une dose de rappel du vaccin contre le méningocoque du groupe A et C après la primo-vaccination (une ou deux doses du vaccin contre le méningocoque du groupe A ou C), on a étudié le cas du vaccin bivalent (groupes A et C combinés) administré aux enfants nord-américains en santé à l'âge de 2 ans et de 5½ ans[4,8].

Recommandation

Catégorie A (preuves suffisantes pour étayer la déclaration)

Classe II (données provenant d'une étude de cohorte)

On a observé une diminution des taux d'anticorps dirigés contre le groupe A, 2 ans et 5 ans après la primo-vaccination, chez des enfants africains âgés de 1 à 4 ans qui avaient reçu une dose unique du vaccin bivalent (A + C). L'administration d'une dose de rappel du vaccin 2 ans après l'immunisation n'a pas influé sur cette baisse[2,8].

Recommandation

Catégorie A (données suffisantes pour étayer la déclaration)

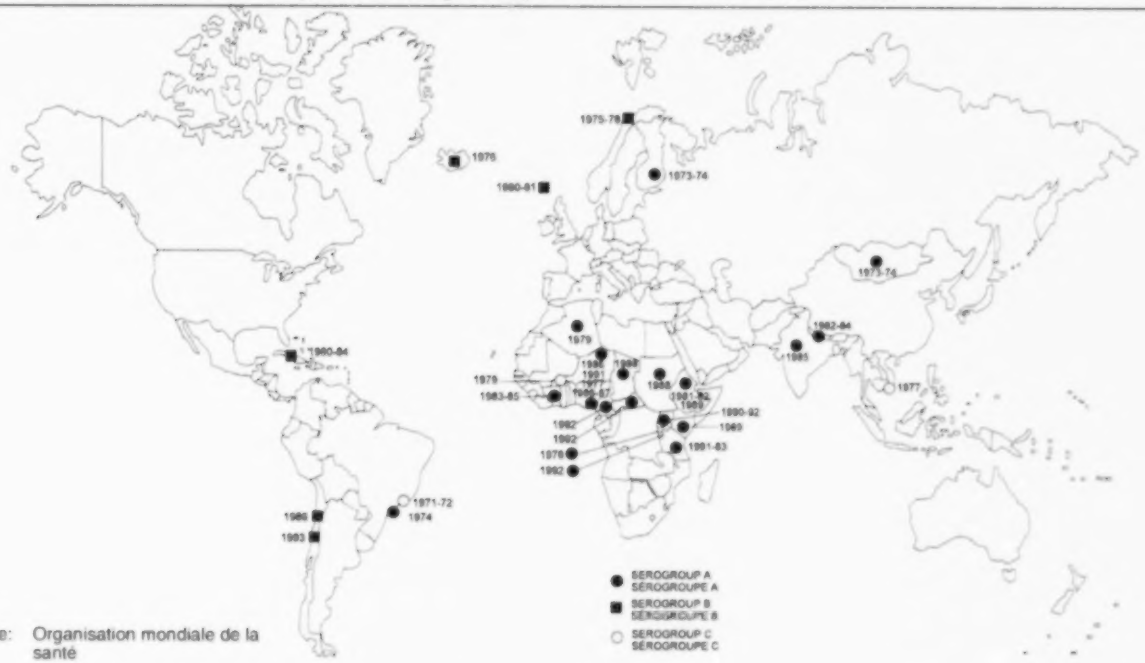
Classe II (données provenant d'une étude de cohorte)

Le calendrier de primo-vaccination devrait être conforme aux recommandations contenues dans le ***Guide canadien d'immunisation***, 4e édition, publié par Santé Canada. Des anticorps protecteurs apparaissent environ 15 jours après la vaccination et l'immunité persiste pendant au moins 3 à 5 ans chez les adultes.

Il faudrait envisager d'immuniser les personnes suivantes lorsqu'elles prévoient de visiter des pays où le risque d'infection par le méningocoque est élevé.

1. Les adolescents et les enfants qui se trouvent ou qui se rendront dans une zone où l'infection à méningocoque est **épidémique**. Le vaccin du sérogroupe A peut ne pas être totalement efficace chez les enfants de 6 à 11 mois. Le vaccin du sérogroupe C ne s'est pas révélé efficace chez les enfants de moins de 2 ans.
2. Les personnes qui travaillent dans des hôpitaux, dans les secteurs des soins de santé, de l'épidémiologie régionale, de la recherche, de l'aide internationale ou dans les camps de réfugiés, dans des zones ou l'infection à méningocoque est **épidémique**.
3. Les personnes qui travailleront ou vivront dans les zones connues pour être **endémiques**, p. ex., l'Afrique subsaharienne.
4. Les personnes qui participeront à des activités considérées par les autorités sanitaires locales ou le gouvernement de l'endroit comme pouvant les exposer à une infection méningococcique.
5. Les personnes, comme les agents de bord et le personnel de cabine, le personnel militaire ou des services de renseignement, qui voyagent beaucoup mais de façon imprévisible.
6. Les personnes qui entrent en contact avec les milieux de vie traditionnels dans les régions rurales où l'infection à méningocoque est endémique.

Carte 1
Grandes épidémies de méningite à méningoccoque survenue entre 1970 et 1993



Source: Organisation mondiale de la santé

7. Les pèlerins qui se rendent à La Mecque pour le *Haj* ou *l'Umra* annuels. L'Arabie Saoudite exige que ces personnes fournissent une preuve de vaccination contre la méningite à méningocoque.

La vaccination n'est PAS recommandée pour les gens d'affaires ou les touristes qui séjourneront brièvement dans les zones d'activité méningococcique accrue et qui auront peu de contacts étroits avec la population locale.

On observe souvent des épidémies de méningite à méningocoque, principalement de type A durant la saison sèche (de décembre à juin) dans les pays suivants. Ces pays se trouvent dans ce qu'on appelle la ceinture de méningite à méningocoque de l'Afrique subsaharienne.

Bénin	Mali
Burkina-Faso	Niger
Cameroun	Nigeria
Côte-d'Ivoire	République centrafricaine
Djibouti	Ruanda
Éthiopie	Sénégal
Gambie	Somalie
Ghana	Soudan
Guinée	Tchad
Guinée-Bissau	Togo

Au cours des dernières années, les pays suivants ont signalé des épidémies ou des éclosions importantes de cas de méningite à méningocoque.

Brésil (sérotype B)	Kenya
Burundi	Malawi
Chili	Népal
Cuba	Ouganda
Haïti	Tanzanie
Inde	

Références

1. Jackson LA, Wenger JD. *Laboratory-based surveillance for meningococcal disease in selected areas, United States, 1989-1991*. MMWR 1993;42(SS-2):21-30.
2. MacPherson DW. *Une approche de la médecine fondée sur les preuves*. RMTC 1994;20:145-47.
3. Peltola H, Makela PH, Kayhty H et coll. *Clinical efficacy of meningococcus group A capsular polysaccharide vaccine in children three months to five years of age*. N Engl J Med 1977;297:686-91.
4. Gold R, Lepow ML, Goldschneider I et coll. *Kinetics of antibody production to group A and group C meningococcal polysaccharide vaccines administered during the first six years of life: prospects for routine immunization of infants and children*. J Infect Dis 1979;140:690-97.
5. King J, MacDonald N, Ashton F et coll. *Immunogenicity of quadravalent meningococcal polysaccharide vaccine (Menomune™) during a mass vaccination campaign*. Pediatr Res 1993;33:90A. Résumé 525.
6. Reingold AL, Broome CV, Hightower AW et coll. *Age-specific differences in duration of clinical protection after*

vaccination with meningococcal polysaccharide A vaccine. Lancet 1985;2:114-18.
7. Lepow ML, Beeler J, Randolph M et coll. *Reactivity and immunogenicity of a quadrivalent combined meningococcal polysaccharide vaccine in children*. J Infect Dis 1986;154:1033-36.
8. Ceesay S, Allen SJ, Menon A et coll. *Decline in meningococcal antibody levels in African children 5 years after vaccination and the lack of an effect of booster immunization*. J Infect Dis 1993;167:1212-16

CHIMIOPROPHYLAXIE À L'ISONIAZIDE POUR LES CO-INFECTIONS PAR LE VIH ET LE BACILLE TUBERCULEUX : LEÇON DE PRUDENCE

Introduction

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est le facteur de risque qui contribue le plus à faire évoluer une infection tuberculeuse latente en une tuberculose active[1]. Le risque de tuberculose active pour la vie entière dans les cas d'un sujet immunocompétent non infecté par le VIH est de 10 %, alors que le risque annuel et permanent de tuberculose active lorsque l'infection tuberculeuse se double d'une infection par le VIH oscille entre 8 % et 10 %[2]. C'est la raison pour laquelle on recommande fortement que les sujets infectés par le VIH passent un test de dépistage de la tuberculose et, en cas de résultat positif, suivent un traitement prophylactique à l'isoniazide (INH)[3]. L'administration d'INH dans ce cas a pour effet non seulement de réduire le risque de contracter par la suite la tuberculose mais semble également, à tout le moins au début, ralentir la progression de l'infection à VIH vers le SIDA et la mort[4].

Le rapport de cas qui suit met en lumière la nécessité d'effectuer une évaluation soigneuse de ces sujets ainsi que les effets catastrophiques qui peuvent découler de cette omission.

Un homme de 41 ans, chez qui l'on a récemment diagnostiqué une infection par le VIH, a été orienté vers des services spécialisés pour subir une évaluation en vue d'une éventuelle chimioprophylaxie à l'INH. Il présentait un seul facteur de risque d'infection par le VIH, soit des relations homosexuelles, et a déclaré n'avoir jamais fait usage de drogues injectables. Il souffrait de la toux chronique des fumeurs mais n'avait remarqué aucun changement récent. Il n'avait pas non plus perdu du poids, et la production d'expectorations était minimale. Il avait travaillé dans une réserve indienne bien des années auparavant mais, apparemment, n'avait pas alors été exposé à la tuberculose. Il avait passé un test tuberculinique peu de temps avant et avait obtenu un résultat positif (induration de 40 mm). Son nombre de CD4 s'élevait à 400.

Le patient n'avait jamais souffert d'infections opportunistes. Comme épreuve initiale et vu l'importance d'écarter toute tuberculose active, il a subi une radiographie thoracique. Le cliché radiographique était normal et on a effectué un prélèvement d'expectorations pour la mise en évidence de bacilles acidorésistants dans un frottis et une culture. Le frottis était négatif; on a alors conseillé au sujet de discuter avec son médecin de famille de la possibilité de suivre une chimioprophylaxie et de revenir six semaines plus tard pour faire connaître sa décision finale. Quatre semaines après l'évaluation initiale, la culture d'expectorations a mis en évidence *Mycobacterium tuberculosis* et l'on a rappelé le patient. Les symptômes de ce dernier n'avaient pas changé et le seul élément nouveau à mentionner était sa participation la semaine précédente à une séance de counselling donnée par un centre communautaire d'aide aux personnes touchées par le SIDA. À cette occasion, il a bénéficié d'une entrevue individuelle. Une fois que les résultats positifs à la culture de *M. tuberculosis* ont été confirmés, on a commencé à administrer des antituberculeux.

Analyse

Ce rapport de cas fait ressortir l'importance d'envisager la possibilité d'une infection tuberculeuse chez les sujets infectés par le VIH et d'écarter toute maladie active avant d'amorcer une chimioprophylaxie[3,4]. Si, dans ce cas, on n'avait pas écarté la possibilité d'une maladie active au moment de l'évaluation initiale, on aurait probablement mis en route le traitement à l'INH et une résistance à l'INH aurait pu se développer par suite du recours à une monothérapie pour une maladie active. Il y a également lieu de s'inquiéter du risque de transmission de la tuberculose aux sujets porteurs du VIH, de même qu'à des travailleurs communautaires, auquel s'ajoute le risque d'apparition de la maladie active chez un pourcentage important d'entre eux.

La présence d'une infection tuberculeuse est habituellement détectée au moyen d'un test intradermique utilisant 5 unités de tuberculine purifiée. Une induration de 5 mm ou plus de diamètre signe une infection tuberculeuse chez les patients infectés par le VIH ou chez les contacts d'un cas actif[5]. Le résultat peut être vraiment négatif ou, s'il y a anergie, faussement négatif. Il est difficile d'interpréter un résultat négatif lorsqu'il y a anergie tuberculinique et, dans certains cas, notamment chez les sujets appartenant à un groupe fortement touché par l'infection tuberculeuse (au Canada — les Autochtones ou les immigrants en provenance de pays de modèle II, par exemple, l'Afrique sub-saharienne[6]), une chimio- prophylaxie empirique à l'INH a été proposée. Avant d'amorcer un tel traitement, le médecin doit écarter la possibilité d'une maladie active, comme le montre le rapport de cas que nous venons de présenter.

Une minorité de cas de tuberculose obtiennent une radiographie thoracique normale, en particulier lorsque la tuberculose est associée à une infection à VIH[7]. Aussi faut-il toujours recueillir des produits d'expectoration pour la mise en évidence de bacilles acidorésistants. Il faut habituellement de quatre à six semaines avant d'obtenir les résultats de la culture; entre-temps le sujet peut discuter avec son médecin de famille des risques et des avantages liés au traitement. Si la radiographie est anormale et que le frottis est négatif, il est recommandé d'effectuer au plus tôt une évaluation plus poussée, pouvant comporter une induction d'expectoration ou une bronchoscopie.

Il est essentiel d'inclure la tuberculose dans le diagnostic différentiel de tous les cas d'infection par le VIH. Bien que la prévalence de la tuberculose associée au VIH soit faible au Canada[8], le rapport de cas que nous venons de présenter illustre à quel point un cas de maladie active non diagnostiqué dans un groupe de personnes infectées par le VIH peut avoir des conséquences désastreuses. Le retard dans le diagnostic d'une tuberculose active a entraîné, comme on l'a vu, l'apparition de

grappes importantes de cas de tuberculose dans des populations touchées par le VIH[9] et des populations non touchées[10].

Les organismes communautaires devraient bien connaître les signes et symptômes de la tuberculose, notamment les manifestations classiques comme la toux, la production de crachats, les sueurs nocturnes et la fièvre[11]; dans certains cas, cependant, ces manifestations peuvent être plus subtiles et il est alors fortement recommandé de prélever soigneusement des sécrétions organiques, surtout des expectorations pour les frottis et les cultures visant à mettre en évidence des bacilles acidorésistants.

Il convient en outre de bien informer les clients, les travailleurs communautaires et les travailleurs de la santé. Certaines précautions, comme l'utilisation stricte de masques, d'éclairage ultra-violet et de ventilation à pression négative, ont été recommandées par les autorités américaines[12], mais nous proposons une approche plus nuancée qui tient compte du degré de risque[13]. Dans la plupart des communautés d'aide aux personnes touchées par le VIH, le risque d'exposition à un cas actif de tuberculose est faible. Toutefois, les organisations communautaires qui offrent des services à des groupes à risque de tuberculose doivent prendre des précautions beaucoup plus grandes et être à l'affût des infections tuberculeuses. Parmi les populations à risque élevé de tuberculose au Canada, il faut mentionner les peuples des Premières nations, les immigrants issus de pays où la prévalence de la tuberculose est élevée et les membres de leur famille, les marginaux de la rue, les sans-abri, et les personnes sans domicile fixe et les toxicomanes qui prennent des drogues par voie intraveineuse. Si dans le passé le fait de cibler les groupes à risque élevé était jugé important, les études épidémiologiques récentes portant sur les aspects moléculaires de la transmission de la tuberculose ont montré qu'il existait un risque important de transmission de la maladie à des groupes non considérés comme à haut risque[14]. L'initiative de lutte contre la tuberculose de la Société canadienne du SIDA devrait sensibiliser les groupes à haut risque au danger d'une co-infection par le VIH et le bacille tuberculeux, concentrer l'attention sur la prévention de la maladie par un traitement chimioprophylactique à l'INH et faire ressortir l'importance de la recherche précoce d'une infection tuberculeuse chez toute personne infectée par le VIH. La mise en route rapide d'un traitement contre la tuberculose est le moyen le plus efficace de réduire le risque de transmission de l'infection tuberculeuse aux membres de la famille, aux amis, aux soignants, aux aidants et aux membres de la collectivité, que ces personnes soient ou non infectées par le VIH.

Remerciements

J'aimerais remercier les Dres Maura Ricketts et Don Sutherland de leurs commentaires utiles.

Références

1. FitzGerald JM, Grzybowski S, Allen EA. *The impact of human immunodeficiency virus infection on tuberculosis and it's control*. Chest 1991;106:191-200.
2. Selwyn PA, Hartel D, Lewis VA et coll. *A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection*. N Engl J Med 1989;320:545-50.
3. La Société canadienne de thoracologie, les directeurs des services de lutte contre la tuberculose au Canada et le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. *Lignes directrices pour l'identification, l'examens et le traitement des cas de tuberculose chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine*. RMTC 1992;18:155-60.
4. Pape JW, Jean SS, Ho JL et coll. *Effect of isoniazid on incidence of active tuberculosis and progression of HIV infection*. Lancet 1993;342:268-72.
5. FitzGerald JM, Allen EA, Fanning A et coll. *Essentials of tuberculosis control for the practicing physician*. Can Med Assoc J 1994;150:1561-71.
6. Gallant JE, Moore RD, Chaisson RE. *Prophylaxis for opportunistic infection in patients with HIV infection*. Ann Intern Med 1994;120:932-44.
7. Korzeniewska-Kosela M, FitzGerald JM, Vedal S et coll. *Spectrum of tuberculosis in patients with HIV infection in British Columbia: a report of 40 cases*. Can Med Assoc J 1992;146:1927-34.
8. FitzGerald JM, Schecter M, Montaner J. *The impact of HIV on tuberculosis in Canada*. Bulletin of the Pan American Health Organization. Sous presse.
9. Daley CL, Small PM, Schecter GF et coll. *An outbreak of tuberculosis with accelerated progression among persons infected with the human immunodeficiency virus. An analysis using restriction length polymorphism*. N Engl J Med 1992;326:231-35.
10. FitzGerald JM, Kunimoto D. *The use of PCR based DNA techniques in evaluating cluster outbreaks of tuberculosis*. Clin Invest Med 1993;16:Abstract 764.
11. Kosela-Korzeniewska M, Krysl J, Muller N et coll. *Tuberculosis in young adults and the elderly: a prospective comparison study*. Chest 1994;106:28-32.
12. Department of Health and Human Services. *Draft guidelines for preventing the transmission of tuberculosis in health care facilities*. 2ième éd. Federal Register. 1993;58:52810-54.
13. Menzies D, Fanning A, Yuan L et coll. *Tuberculosis among health care workers*. N Engl J Med 1995;332:92-8.
14. Small PM, Hopewell PC, Singh SP et coll. *The epidemiology of tuberculosis in San Francisco: a population based study using conventional and molecular methods*. N Engl J Med 1994;330:1703-09.

Source : *JM Fitzgerald, MB, Willow Chest Centre, Division of TB Control, B.C. Centre for Disease Control, Vancouver (Colombie-Britannique).*

Commentaire de la rédaction : Environ 2 000 cas de tuberculose active sont diagnostiqués et signalés chaque année au Canada. Le taux d'incidence de cette maladie au Canada est parmi les plus faibles dans le monde (7,4 pour 100 000) et est demeuré à un bas niveau après avoir décliné pendant des décennies. Plus de la moitié des cas de tuberculose diagnostiqués au pays surviennent chez des Canadiens nés à l'étranger. Près de 40 % des sujets nés au Canada qui sont atteints de tuberculose sont membres des Premières nations.

En 1984, le taux d'incidence de la tuberculose a commencé à croître aux États-Unis. Cette hausse a été directement associée au financement inadéquat des programmes de lutte contre la tuberculose, aux flux d'immigration en provenance des pays où la tuberculose est endémique et de l'interaction de la tuberculose et de l'infection à VIH au sein des populations mal desservies. À la différence de son voisin du sud, le Canada n'a pas encore connu de hausse de l'incidence de la tuberculose. Toutefois, la baisse des taux de tuberculose au Canada a pris fin en 1987-1988, environ trois ans après que les taux d'incidence eurent cessé de diminuer

aux États-Unis. Rien ne montre pour l'heure que la fin du déclin des taux d'incidence au Canada soit due à l'interaction de la tuberculose et de l'infection à VIH. Il semble que la majorité des cas surviennent chez les immigrants issus de pays où la tuberculose est endémique, les populations des Premières nations, de même que chez les alcooliques et les utilisateurs de drogues injectables.

Le Canada a plusieurs défis importants à relever dans le domaine de la santé publique; il doit notamment faire face aux problèmes suivants : immigration continue de personnes porteuses de l'infection latente; établissement d'objectifs nationaux; ciblage des petits foyers irréductibles où la prévalence ou l'incidence de l'infection est élevée; prévention d'une hausse de l'incidence de la tuberculose et de la co-infection BK/VIH comme aux États-Unis; prévention de l'émergence de la tuberculose multirésistante et préparation des travailleurs de la santé (qui s'occupent des personnes infectées par le VIH et le BK) afin qu'ils puissent faire face à la possibilité d'une interaction tuberculose/infection à VIH. Pour y arriver, il faut réduire la transmission de la tuberculose, prévenir la réactivation des infections anciennes et veiller à ce qu'on offre des traitements appropriés et complets. Tous les Canadiens doivent avoir accès aux programmes élaborés dans cette optique, et plus particulièrement les groupes à haut risque, mais, à plus forte raison, la population touchée par le VIH.

Certaines initiatives importantes ont déjà été entreprises. Par exemple, en 1992, le LLCM a publié les *Lignes directrices pour l'identification, l'examen et le traitement des cas de tuberculose chez les personnes infectées par le virus de l'immunodéficience humaine* et, en 1993, il a organisé une conférence sur la co-infection BK/VIH à Toronto. Le LLCM a tenu récemment une réunion de concertation portant sur le rôle joué par le laboratoire dans le traitement de la tuberculose. D'autres *lignes directrices pour la prévention de la transmission de la tuberculose dans les établissements de santé* sont également en voie de publication. La Société canadienne du SIDA a préparé et parrainé un important atelier d'information et d'éducation sur la co-infection BK/VIH à l'intention des travailleurs en santé communautaire, du personnel soignant et des dispensateurs de services de soutien. Au cours de cet atelier, on a fourni de l'information sur les mesures médicales et environnementales permettant de prévenir la transmission de la tuberculose et l'on a traité des questions des droits de la personne associées à la co-infection BK/VIH.

Ce rapport de cas montre que pour prévenir une éclosion de cas de tuberculose dans une population touchée par le VIH, il faut que de nombreuses personnes, notamment les cliniciens, le personnel et les bénévoles des organisations de services communautaires, les services d'hébergement et les dispensateurs de soins, les hôpitaux, les hospices, les unités de soins palliatifs, tous les paliers de gouvernement et les clients prennent leurs responsabilités et unissent leurs efforts. Le maintien d'un degré élevé de vigilance, la mise en place de l'infrastructure de services nécessaire et une clientèle bien informée sont trois éléments clés d'une stratégie de lutte contre la tuberculose. Toutefois, lorsque la tuberculose est associée à une infection à VIH, il faudra également que les dispensateurs s'efforcent d'obtenir le consentement éclairé des patients et offrent des services de counselling pré-test et post-test et des modalités de traitement non coercitives. Les services de santé publique doivent s'attendre à ce que les groupes infectés par le VIH ou à haut risque de l'être les consultent au sujet des mesures de lutte contre la tuberculose. Le manque de ressources ou le faible taux de co-infection BK/VIH au Canada ne devraient pas freiner l'élaboration, le financement et la mise en oeuvre de programmes efficaces. Au contraire, les sommes consacrées à la prévention de l'infection tuberculeuse (prévention primaire) et à la prévention de la tuberculose (prévention secondaire) devraient être considérées comme un investissement qui permettra d'économiser de l'argent ultérieurement, dans les interventions tertiaires, la gestion des éclosions de cas et la lutte contre la tuberculose multirésistante. Le traitement d'un seul cas de tuberculose multirésistante peut coûter plus de 250 000 $. Enfin, le taux de létalité de cette forme de tuberculose est élevé.

La co-infection BK/VIH s'accompagnera de plus d'une levée de boucliers en faveur des droits de la personne, notamment en ce qui concerne le traitement obligatoire et la prophylaxie ou le traitement quotidiens sous surveillance. La confidentialité et le respect de la vie privée revêtent une importance capitale pour les personnes infectées par le VIH parce que la communication de renseignements sur leur état à d'autres personnes que celles qu'ils ont choisies pour recevoir leurs confidences pourrait leur causer du tort. Les programmes de lutte antituberculeuse devront résoudre ces problèmes. La prévention et le traitement d'une maladie qui peut se transmettre par simple contact et pour laquelle il existe déjà un programme établi de lutte constitueront un défi de taille pour les programmes de lutte contre le VIH/SIDA.

SURVEILLANCE DES MALADIES RESPIRATOIRES (au 10 février 1995)

Grippe

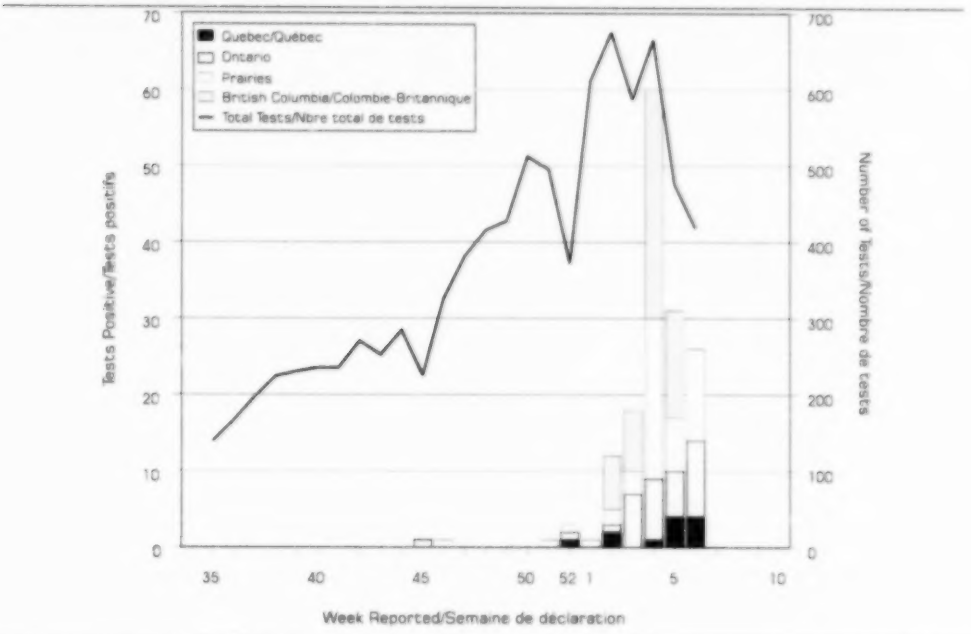
Cent cinquante-quatre cas de détection du virus grippal ont été signalés au Laboratoire de lutte contre la maladie depuis septembre 1994. La figure 1 donne la répartition des cas dans le temps et par région. La majorité des rapports (118; 77 %) font état de la détection du virus grippal A; les autres (36; 23 %), de celle du virus grippal B. Dans leurs rapports sur l'ampleur de l'activité grippale dans la collectivité, les épidémiologistes provinciaux indiquent que des cas sporadiques de maladies pseudo-grippales ont été enregistrés à la fin des mois d'octobre et de novembre dans quatre provinces (Terre-Neuve, Ontario, Alberta et Colombie-Britannique) ainsi qu'en janvier en Saskatchewan. Des éclosions localisées ont été signalées à Terre-Neuve à partir de la mi-décembre, ainsi qu'en Colombie-Britannique et en Saskatchewan en janvier. À ce jour, aucune province ou territoire n'a signalé d'activité pseudo-grippale généralisée au cours de la saison.

Jusqu'à présent, l'activité grippale a été modérée en Amérique du Nord et en Europe cette saison. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) signale toutefois que les grippes A (H3N2) et B se répandent sur les deux continents. À la fin janvier, 11 États américains signalaient une activité régionale et généralisée, et des

cas de détection du virus grippal étaient signalés dans 41 États ainsi que dans le District de Columbia. La grippe A (H3N2) prédomine dans toutes les régions, sauf dans l'Atlantique Sud et dans les régions montagneuses.

À part une épidémie de grippe B signalée au Portugal au début de la saison, seuls quelques cas sporadiques de grippe A et B ont été signalés dans la plupart des pays européens. Des épidémies de grippe A sont quand même survenues en Espagne au cours de la seconde moitié de janvier et Madrid signalait un niveau d'activité de nature épidémique à la fin du mois.

Figure 1
Détection du virus grippal au Canada : tests positifs par région et par semaine de déclaration



Source : *Laboratoires participant au Programme de surveillance des virus respiratoires, Division de la surveillance des maladies, Bureau de l'épidémiologie des maladies transmissibles, LLCM (Ottawa) et OMS.*

Sommaire des maladies à déclaration obligatoire

Ce tableau ne sera plus inclus dans la copie du Relevé des maladies transmissibles communiquée par télécopieur. Les lecteurs désirant avoir cette information doivent appeler la ligne du télécopieur et choisir l'index pour obtenir le numéro d'accès.

Les tableaux déjà publiés dans le nouveau format (télécopie) du RMTC figurent dans l'index sous le titre mentionné en rubrique.

Pour recevoir le Relevé des maladies transmissibles au Canada (RMTC), qui présente des données pertinentes sur les maladies infectieuses et les autres maladies dans le but de faciliter leur surveillance, il suffit de s'y abonner. Un grand nombre des articles qui y sont publiés ne contiennent que des données sommaires, mais des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès des sources mentionnées. Le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social ne peut être tenu responsable de l'exactitude, ni de l'authenticité des articles. Toute personne travaillant dans le domaine de la santé est invitée à collaborer (dans la langue officielle de son choix) : la publication d'un article dans le RMTC n'en empêche pas la publication ailleurs.

Conseiller scientifique :	D^r J. Spika	(613) 957-4243
	D^r F. Ashton	(613) 957-1329
Rédactrice en chef :	Eleanor Paulson	(613) 957-1788
Rédactrice adjointe :	Nicole Beaudoin	(613) 957-0841
Éditrice :	Joanne Regnier	

Pour soumettre un article, veuillez vous adresser à la Rédactrice en chef, Laboratoire de lutte contre la maladie, Pré Tunney, Ottawa (Ontario) K1A 0L2.

Pour vous abonner à cette publication, veuillez contacter :

Groupe Communication Canada - Edition	N° de téléphone :	(819) 956-4802
Ottawa (Canada) K1A 0S9	Télécopieur :	(819) 994-1498

Prix par année : 75 $ + TPS au Canada; 97,50 $ US à l'étranger.
© Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social 1995